LA SIFILIDE

NELLA

PRODUZIONE DELLA TISI

STUDIO CRITICO, ANATOMICO ed ESPERIMENTALE

DEL

Dott. Colleg. COLOMIATTI V. F.

Professore incaricato d'Istologia patologica nella R. Università di Torino

Lettura fatta alla Reale Accademia di Medicina di Torino il 26 gennaio 1877
accompagnata dalla presentazione di alcuni preparati anatomici.

All' Egregio Collega
Dott.re Fenoglio Ignazio
in segno d'amicizia
l'autore

LA SIFILIDE
NELLA
PRODUZIONE DELLA TISI

STUDIO CRITICO, ANATOMICO ed ESPERIMENTALE

DEL

Dott. Colleg. COLOMIATTI V. F.

Professore incaricato d' Istologia patologica nella R. Università di Torino

Lettura fatta alla Reale Accademia di Medicina di Torino il 26 gennaio 1877
accompagnata dalla presentazione di alcuni preparati anatomici.

TORINO
TIPOGRAFIA V. VERCELLINO
1877.

I.

Spesso mi accade, perchè fortunatamente mi trovo fra i Sanitari del nostro Ospedale di S. Luigi, di dover fare riflessioni molteplici sulla tubercolosi, ed in genere sulla tisi polmonale, sia relative alla natura del processo, che alla eziologia del medesimo; questioni ambedue intricatissime, dalle quali non esco senza sentirmi dominato da una fitta schiera di dubbi, da una serie di interrogazioni, ed alle volte anche da persuasioni seducenti, che però non espongo mai, perchè so bene quanta prudenza si deve adoperare nel trar fuori una proposizione, quando questa si vuole che sia intesa nel senso di un vero scientifico, e come tale controllata e confermata, non già da osservazioni isolate e quindi sterili, bensì da fatti numerosi e scrupolosamente studiati al letto dello infermo, al tavolo della necroscopia ed all'esame istologico.

In queste mie riflessioni sovente il mio pensiero, guidato dai fatti che ogni giorno vado osservando e da quelli che furono pubblicati da altri osservatori,

corre al nesso che esiste fra la tubercolosi e la sifilide; ed alle volte, pur ricordando i caratteri differenziali che contraddistinguono i due processi, pare non debba essere alieno dallo ammettere che il primo, cioè il tubercolare, possa essere una figliazione del secondo, e, per meglio esprimermi, una diversa maniera nel successivo manifestarsi del medesimo, con assoluta resistenza ai mezzi curativi che attualmente si conoscono.

Uno sguardo superficiale a ciò che è un portato di questi ultimi anni, basta per provare la possibilità del mio asserto.

Bizzozero nel 1873 ha fatto cenno di tubercoli trovati in una vecchia ulcera sifilitica cutanea (1), e dopochè Köster (2) riscontrò i tubercoli in granulomi della congiuntiva e dell'iride, in ulcere sifilitiche del naso, del pene e dell'intestino, descrisse nel maggio del 1874 un caso che io gli procurai (3) di *gomme sifilitiche del cranio, con gomme della dura madre e meningite cronica secondaria, pneumonite caseosa bilaterale, con focolai di sclerosi pigmentata e gangrena polmonale, tumefazione recente della milza, infiltrazione grassa del fegato, ipertrofia del collo dell'utero, periostite sifilitica e carie della tibia sinistra, con piaghe cutanee molteplici*, sostenute da un *discreto numero di piccoli tubercoli*, esistenti nel « tessuto infiltrato di giovani cellule che costituiva il fondo e i bordi » delle medesime.

(1) *Osservatore* di Torino, 1873, e *Centralblatt*, n. 19, 1873.

(2) *Centralblatt*, n. 58.

(3) *Sui rapporti della Tubercolosi con altre malattie* — (*Giornale della R. Accademia di medicina e chirurgia* di Torino, 1874, n. 14).

Griffini descrisse tubercoli nel lichen sifilitico lenticolare e piatto (1); ed io l'anno scorso ho narrata la storia di una donna con una piaga antichissima alla vulva, di natura sifilitica, gremita di tubercoli, la quale fu causa della morte della donna stessa, avvenuta in seguito a tubercolosi diffusa (2).

Egli è appunto riflettendo su questi fatti, che già sono resi di pubblica conoscenza, e che in parte io qui potrei moltiplicare con osservazioni proprie, che può nascere il sospetto di quanto un momento fa ho creduto bene di esprimere, non già per dire una mia opinione in proposito, che sarebbe al certo troppo precoce, e per il momento anche insostenibile, ma solo così per esporre in un modo piuttosto che in un altro una delle questioni che intendo attualmente trattare, persuaso che dai fatti che verrò esponendo, e dal mio modo di ragionarvi sopra, molte oscurità rimarranno chiarite.

Già prima che uscissero i lavori che ho testè menzionato, si conoscevano diverse osservazioni, le quali facevano vedere che nelle manifestazioni sifilitiche si possono trovare talora all'esame cadaverico i *nodi* tubercolari. Ed è una rivelazione abbastanza antica quella che venne fatta da Michaelis (3), il quale ha visto divenir tubercolose le ghiandole linfatiche sifilitiche; nel tempo istesso che non è priva di interesse

(1) *Sulla Tubercolosi della pelle e delle piaghe* — (*Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.* — Milano, 1874, fasc. 6°).

(2) *Frammenti di Dermatologia.* Appendice (*Gazzetta delle Cliniche* di Torino, 1876).

(3) Zeitschrift der Ges. der Aerzte zu Wien, 1856, p. 418.

l'asserzione di Virchow (1), il quale dice d'aver veduto, studiando la sifilide, ghiandole linfatiche scrofolose e tubercolose in persone sprovviste di ogni traccia di scrofola e di tubercolo.

Però queste osservazioni forse attualmente non reggerebbero ad una critica istologica severa; imperocchè, mentre è una verità che in questi ultimi tempi si potè credere dimostrata la identità della scrofola colla tubercolosi (2), e che quindi al presente si potrebbe accettare, per questo motivo appunto, la giustezza delle diagnosi di Michaelis e di Virchow, non è men vero ancora che il tubercolo ha subìto nelle mani degli anatomici modificazioni tali, da non essere più riconoscibile nelle descrizioni antiche, specialmente quando si vede trattare della esistenza sua in processi che sono creduti, nella intima essenza, così diversi fra loro, quali appunto il tubercolare ed il sifilitico.

Tali modificazioni, è noto a tutti, sono specialmente un frutto benefico degli studi di Langhans (3), di Rivolta e Perroncito (4), di Schüppel (5), confermati poscia dalla massima parte degli Istologi moderni: per cui attualmente la struttura intima del tubercolo si

(1) *Intorno alla natura delle lesioni sifilitiche costituzionali* (traduz. ital., Napoli, 1865).

(2) Friedländer. *Centralblatt*, f. Med. Wiss., 1873.

(3) Ueber Riesenzellen mit Wandständigen kernen in tuberkeln und die fibröse Form des tuberkel. Drittes Heft (februar). *Arch.* Virchow, volume XLII, pag. 382.

(4) *Sulla struttura e contagione della tubercolosi bovina* (*Il Medico veterinario*, pag. 337, 1868, Torino).

(5) Unters. über Lymphdrüsen-tuberkulose. Tubinga, 1871, e *Arch.* Virchow, 1872. — Ueber die Identität der Tuberkulose mit der Perlsucht.

può dire essere con certezza conosciuta al pari di quella del cancro, per esempio, o di qualunque altro neoplasma emancipato già da ogni discussione in proposito.

Se non che, non ostante questa certezza, si vedono ancora uscire lavori patologici, i quali, nel tempo istesso che tendono a dilucidare alcuni punti controversi, portano di nuovo la confusione nelle idee, ed in quelle massimamente che paiono le più chiarite. E siccome l'intonazione di ogni lavoro che si va divulgando vien sempre data dal senso degli ultimi lavori pubblicati, così è che di questi dovendo io tener calcolo a proposito della struttura del tubercolo che, come si vede dalle premesse, non può essere trascurata nella trattazione della sifilide, è bene che sulla medesima io esponga il concetto deviato e quello che si deve fare chiunque ha consumati, con un grande materiale, al pari di me, diversi anni di studio sulla tubercolosi.

Foà (1) dice che noi possiamo definire il tubercolo « per quel neoplasma, la cui forma elementare è un « nodulo privo di vasi, costituito dall'accumulo circo- « scritto di globuli bianchi o di cellule epitelioidi o « degli uni e delle altre, intorno ad una o più cellule « gigantesche di forma variabile, con o senza la pre- « senza di un reticolo, provenga esso da prolunga- « menti cellulari, o rappresenti la sostanza inter- « cellulare dell'organo, in cui il tubercolo stesso si « sviluppa ». In questa definizione egli ha voluto

(1) *Sulla dottrina della tubercolosi* (*Archivio per le scienze mediche*, diretto da Bizzozero. Torino, vol. 1°, fasc. 2°, 1876).

certamente comprendere il nodulo del mio *vero Lupo* (1), là dove parla del reticolo dipendente dalla sostanza intercellulare dell'organo in cui il tubercolo si sviluppa, come del resto appare dallo spirito che domina altre parti del suo lavoro; ed ha perciò identificato il Lupo volgare in genere col tubercolo, col quale il vero Lupo descritto da me non ha alcuna identità clinica, e solo pochi riscontri istologici.

Il vero Lupo, io ho detto, è « una neoformazione a base di tessuto connettivo, — la quale si manifesta con *nodosità* grosse da un gran seme di lino ad un pisello e più, aventi origine nel derma, e contenenti piccoli *noduli*, — le quali nodosità sono costituite da *un reticolo simile a quello dei seni delle ghiandole linfatiche,* attraversato da molteplici vasi e capillari sanguigni e racchiudente molte cellule incolore, — e nelle quali (nodosità) i noduli sono formati dalla continuazione del reticolo or menzionato, divenuto più ampio nelle sue maglie, ed in massima parte da cellule epitelioidi con talora cellule giganti, non aventi però nè queste nè quelle col reticolo altri rapporti che di contiguità, e rappresentanti stadii avanzati delle cellule che all'infuori dei noduli tappezzano soltanto le fibre e i fascii fibrillari del reticolo »; ed ho soggiunto che nello ingrandirsi le dette *cellule fisse del reticolo* per costituire le epitelioidi e le giganti, avevano spesso imprigionato alla periferia del loro protoplasma *vegetante* le cellule incolore (connettive giovani) che prima riempivano, quasi da sole, le

(1) *Sulla natura e struttura del Lupo volgare* (*Annali universali di medicina e chirurgia*, Milano, 1875).

maglie del reticolo medesimo *nel primo manifestarsi della nodosità* luposa.

A questa mia descrizione si avvicina Milani (1), il quale, parlando della tubercolosi delle ghiandole linfatiche, descrive noduli tubercolari con reticolo intercellulare, che però non è, anche secondo lui, un reticolo neoformato, come quello del Lupo vero, bensì il reticolo stesso ghiandolare dilatato in conseguenza dell'aumento in volume delle cellule linfatiche comprese nelle sue maglie, e costituenti le cellule epitelioidi di questi stessi noduli, le quali perciò non sono come quelle del mio vero Lupo stadii avanzati delle cellule applicate normalmente al reticolo medesimo, poichè dice ancora di non aver mai visto i *nuclei di questo* ingrossati e moltiplicati.

E Foà in tutta la parte descrittiva del suo lavoro non ha nessun punto, neppur brevissimo, che provi col fatto che il tubercolo è identico alla *nodosità del vero Lupo.* Dico di più: non descrisse cioè nessun nodulo tubercolare avente i suoi elementi costitutivi (cellula gigante, cellule epitelioidi, leucociti) compresi nelle maglie di un *reticolo dipendente dalla sostanza intercellulare dell'organo,* in cui ha studiato i suoi noduli tubercolari, e quindi non ha parlato di noduli tubercolari paragonabili per questo ai noduli della nodosità del vero Lupo, tranne nella definizione sopra citata, dove perciò un tale asserto non può avere il valore desiderato.

Con tutto questo non voglio ancora passar oltre, e

(1) *Su alcune alterazioni delle ghiandole linfatiche* — (**Rivista clinica di Bologna, 1870, p. 140**).

ciò perchè credo che non bisogna esagerare le sottigliezze istologiche, essendo io pronto a rigettare ogni mia idea di diversità tra vero lupo e tubercolo, quando mi si possa dimostrare che fra l'uno e l'altro non esistono differenze di fisiologia patologica e cliniche; persuaso di questa grande verità: che *gli studi di anatomia patologica sono sterili quando sono disgiunti dal concetto di patologia generale e di clinica che si deve avere intorno ai singoli fattori della malattia che si studia nei suoi reperti cadaverici.*

Or bene, il vero Lupo è una malattia completamente locale, che non si diffonde mai alle ghiandole linfatiche ed all'organismo intiero (1). Invece il tubercolo, anche quando si manifesta alla pelle con *forme lupose*, il mio pseudo lupo cioè, il Lupo di Friedländer, che è tubercolosi cutanea (2), si propaga alle ghiandole linfatiche vicine, inquina i visceri interni ed uccide per tubercolosi diffusa. Disgraziatamente questa forma di lupo così micidiale, la quale merita il nome di tubercolosi della pelle, e che può essere il punto di partenza della infezione generale dell'infermo, è la più frequente fra le due forme del Lupo volgare, ed è forse questa la ragione per cui Friedländer diede di essa unicamente la descrizione, credendo colla medesima di descrivere il Lupo volgare per intiero.

Fino a tanto che non sarà adunque distrutto, mediante fatti bene assicurati, il concetto negativo della diffusione che si ha nel vero Lupo in opposizione a

(1) Colomiatti. *Sulla natura e struttura del Lupo volgare.*
(2) Friedländer. *Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, LX, libro 1°.

quello positivo proprio del pseudo Lupo, il quale all'esame esterno della sola località cutanea affetta non ha caratteri differenziali esclusivi rigorosamente parlando; fino a tanto che cioè non saranno descritti nello stesso individuo (nella pelle, nelle ghiandole linfatiche vicine, nei visceri interni) nodosità e noduli simili a quelli che io ho fatto conoscere nel vero Lupo, per cui si possa dire che l'individuo affetto venne a morte perchè la malattia si è diffusa all'organismo seguendo il modo di diffusione della tubercolosi cutanea che studierò in appresso, io credo che nessuno sarà autorizzato a dire che il vero Lupo è identico al tubercolo; e medesimamente nessuno sarà mai autorizzato a parlare di reticolo nel tubercolo nel significato che ha nel vero Lupo, se non lo ha trovato nei noduli della tubercolosi diffusa, e là dove la diagnosi del tubercolo non può essere dubbia.

Escluso in questo modo nel tubercolo ogni reticolo intercellulare di neoformazione, inteso nel senso di un reticolo simile a quello dei seni delle ghiandole linfatiche, e perciò uguale al reticolo che io ho descritto nel vero Lupo; per esprimere il mio concetto sulla struttura del tubercolo in genere, e sul modo di comportarsi degli elementi che lo compongono, non ho che da trascrivere in questo punto quanto io ed il Dott. De Casa abbiamo ultimamente pubblicato a proposito della comunicazione preventiva di un nostro lavoro sulla Tisi polmonale (1).

Il tubercolo, abbiamo detto allora, è sempre un no-

(1) Colomiatti e De Casa — *La tisi polmonale* (*Gazzetta delle cliniche di Torino*, n° 48, 1876).

dulo ben circoscritto e privo di vasi, quando ha raggiunto il suo completo sviluppo, composto da una cellula gigante polinucleata, coi nuclei disposti per lo più alla periferia (la quale però in alcuni noduli può non essere sola), circondata da un numero or grande or piccolo di cellule più o meno poliedriche simili alle epiteliche, dette epitelioidi, e da cellule connettive giovani; le quali (cellule epitelioidi e connettive giovani) si trovano alcune volte, e si può dire anche in ogni viscere, comprese nelle maglie di un reticolo dipendente dalla cellula gigante stessa, oppure stanno negli intervalli che esistono tra i prolungamenti non anastomosati fra loro e talora nucleati, che la medesima cellula gigante può anche possedere; i quali elementi tutti godono di una vita brevissima, sicchè in poco tempo soggiacciono alla degenerazione granulare, per cui i nodi che si esaminano e che risultano dallo aggruppamento di parecchi noduli, nella parte maggiore della loro massa sono caseosi.

Esso è diverso dalla *nodosità* del vero Lupo, ancora per ciò che, come io ho dimostrato (1), gli elementi di questa, fra i quali entrano di necessità quelli dei *noduli* in essa compresi, hanno una vita rigogliosa, trovandosi affatto integri in veri lupi che durarono parecchi anni, anche senza aver mai presentato alcun processo di ulcerazione o di risoluzione. E fra i casi che nel mio lavoro sul Lupo volgare ho riferito, ve ne ha uno che datava da 15 a 16 anni, il quale non si era mai ulcerato, ed aveva sempre offerto un graduato accrescimento. Ebbene in esso non mi fu dato

(1) *Sulla natura e struttura del Lupo volgare* (luogo citato).

vedere neppure un nodulo in degenerazione caseosa, come non ne vidi in altri di data più recente, ed in quelli ulcerati; il qual fatto è sicuramente, per la questione, della massima importanza.

II.

Inteso nel modo col quale l'ho espresso fin qui il tubercolo, noi abbiamo ragione di sostenere che esistono noduli tubercolari nelle manifestazioni sifilitiche solo quando in queste ultime si riscontra il neoplasma caratteristico, composto non solamente come ho detto, ma risultante di cellule che nella loro essenza si comportano quali elementi dotati di una vita effimera, prodotti dall'*azione irritante* di un principio speciale, a noi ancora ignoto, capace di diffondersi dalla pelle e dalle mucose alle ghiandole linfatiche vicine ed ai visceri interni, e di produrre, nelle une e negli altri, elementi sempre identici, sia nei loro rapporti reciproci che nella manifestazione e durata delle loro proprietà vitali e successive metamorfosi involutive.

Però bisogna osservare che mentre coll'aiuto di tutti i dati che in proposito ci possiamo procurare, è abbastanza facil cosa la diagnosi della tubercolosi in ogni parte del nostro organismo, non è sempre così comoda la diagnosi di sifilide. Anzi si può domandare se alcune volte non siamo forse troppo poco severi

inquisitori, e piuttosto proclivi ad ammettere l'esistenza, in un individuo sfortunato, della infezione in discorso, anche quando non esistono i segni clinici più manifesti ed indubbii della medesima, appoggiati soltanto a fatti sconnessi, a fenomeni isolati, che certamente possono dar ragione a chi, con tutta prudenza, dubita del valore della diagnosi che noi vogliamo sostenere.

È bensì vero che alcune volte le alterazioni sifilitiche non si succedono con quella regolarità che è stabilita dalla comune pratica, e che ad un simile modo di comportarsi di esse nei casi eccezionali, possiamo ricorrere se vogliamo difendere le nostre opinioni contrastate, come ad esempio fece già il nostro Rovida (1) a proposito di un interessantissimo caso di sifilide cerebrale riferitoci dal Dott. Fiori (2); con tutto ciò credo che non possiamo su questo stesso modo di comportarsi delle alterazioni medesime fare fidanza quando è nostro intendimento ragionare di tubercoli nella sifilide.

E qui si affaccia un'altra questione. Il tubercolo, noi lo abbiamo sempre creduto, specialmente dopo i più recenti studi che su di esso si sono pubblicati, è uno speciale neoplasma che ha in sè tutto il maligno che gli è proprio, senza averlo ereditato da nessun altro processo, costituendo come tale un prodotto patologico primario, che non si origina cioè da alcun'altra alterazione dei tessuti, nei quali si sviluppa. E come tale appunto esso si manifesta in ogni viscere del nostro

(1) *Giornale della R. Accademia* di Torino, n° 22, 1876.
(2) Idem.

organismo, nella tubercolosi migliare acuta, ed ancora in certe forme di tubercolosi polmonale cronica intese nel senso espresso da me e da De Casa nella comunicazione preventiva sopracitata (1), dove il tubercolo è tutta la malattia, anche dal lato anatomico, dal momento che ogni altra alterazione viscerale od è solo nel suo primo apparire od anche sviluppata (specialmente sotto forma di neoformazione infiammatoria peri-tubercolare) si può sostenere con tutta facilità essere secondaria.

Ebbene tutto questo, che è abbastanza ben dimostrato, al giorno d'oggi è stato detto essere completamente falso: e il tubercolo non è più un'*unità clinica*, bensì un'*unità istologica*, avvolta però in una serie di proposizioni contradditorie da chi sostenne un tale asserto (2), — come si può vedere nel nostro *Osservatore* e nella parte *Rivista* degli *Annali universali di Medicina e Chirurgia* di Milano (3); ed un'unità istologica secondaria a differenti processi morbosi.

Però quanto sia pericoloso il considerare così il tubercolo, ognuno da sè medesimo può facilmente vedere, dal momento che ci conduce anche a non più ammettere la tubercolosi migliare acuta, intorno all'esistenza della quale non si possono avere dubbi di sorta.

Cionullameno la questione della secondarietà del tubercolo non è certamente di quelle che sono a rigettarsi in modo assoluto. Noi vediamo difatti che si

(1) *La tisi polmonale* (luogo citato).

(2) Foà (luogo citato).

(3) *Sulla dottrina della Tubercolosi* (L'*Osservatore* di Torino, 1876, n° 43). — (*Annali Universali di Medicina e Chirurgia*, parte *Rivista*, 1876, ottobre).

sono trovati tubercoli nel cancro (1), nel sarcoma (2), in prossimità di gomme sifilitiche (3), e sappiamo ancora che vi ha una scuola, la quale sostiene che i nodi caseosi che si trovano in ogni viscere sono capaci di produrre tubercoli, anzi che la *tisi combinata polmonale* è il risultato di uno sviluppo di tubercoli nei polmoni affetti dalla cosidetta pneumonite caseosa, tubercoli prodottisi da mutamenti speciali avvenuti nel tessuto di granulazione periferico ai nodi caseosi stessi in seguito all'azione di questi ultimi: oltre che, come dissi fin da principio, si sa che tubercoli furono descritti in modo da poter essere considerati quale parte integrante di diverse alterazioni dipendenti da sifilide primaria e costituzionale.

Egli è appunto in questi casi che si può domandare se il tubercolo ha solo un valore locale e secondario; il che vuole quasi significare, se cioè i noduli tubercolari che nei medesimi furono descritti, sono, nel loro significato vero, diversi da quelli stessi noduli che si rinvengono nella tubercolosi in genere ed in specie nella migliare acuta, e se non sono tubercoli clinicamente parlando, potendo essere soltanto *modalità istologiche* simili ad essi e spoglie affatto dei caratteri distintivi dei medesimi; nel quale ultimo caso certamente il microscopio non ci avrebbe fatto un grande servizio!

(1) Friedländer — Ueber locale Tuberkulose (Volkmanns Sammlung, n° 64, 1873).

Colomiatti — *Contribuzione allo studio del Cancro e del Tubercolo*, ecc. (*Giornale della R. Accademia di Medicina* di Torino, 1874, n° 6).

Bizzozero — *Sui rapporti della Tubercolosi con altre malattie* (id., num. 14).

(2) Rusconi (*Gazzetta Medica Lombarda*, 1874).

(3) Foà (luogo citato).

Io ritornerò su questo punto col Dott. De Casa, nella trattazione completa della tisi polmonale. Per ora mi basta il dichiarare che non ammetto la produzione vera tubercolare che ha punto di partenza dai nodi caseosi non dipendenti da tubercoli, ma aventi un'origine qualunque, e ciò per ragioni che espressi già nella comunicazione preventiva più volte citata; che rigetto quindi la *tisi combinata polmonale* nel senso di tubercolosi polmonale aggiuntasi alle alterazioni pneumoniche caseose semplici, ed originatasi da queste ultime senza il concorso dell'agente infettivo tubercolare.

In quanto al valore che hanno i tubercoli da me descritti nel cancro, nessuno certamente potrà sostenere che sia un valore secondario. Si trattava difatti di una donna affetta da cancro alla mammella sinistra e da pochi nodi secondarii ai polmoni ed al fegato congiunti a tubercolosi polmonale ed epatica avanzatissima. In essa uno dei polmoni era scavato da caverne tubercolari molteplici, e nel rimanente tempestato al pari dell'altro da un'infinità di nodi caseosi e nodi bianco-grigiastri migliariformi, con pochi nodi cancerosi da importazione cellulare; ed il fegato era gremito in ogni sua parte da tubercoli quasi invisibili ad occhio nudo (come è la regola in tale viscere), mentre conteneva solo due piccoli nodi di cancro: così che in questa donna la tubercolosi dei polmoni e del fegato era sicuramente in corso molto tempo prima che giungessero in essi per la via dei vasi le cellule cancerose, le quali, se furono il punto di partenza, ossia il *nucleo* di sviluppo dei nodi cancerosi

in discorso, non ebbero sicuramente veruna influenza sulla produzione del processo tubercolare che già era al punto da bastare da sè solo a distruggere la vita della inferma. I tubercoli perciò, che allora io ho descritto nello stroma di uno dei due nodi secondarii cancerosi del fegato, non erano in alcuna maniera secondarii al nodo canceroso medesimo; bensì il prodotto della infezione tubercolare che si era manifestata specialmente ai polmoni ed al fegato coi caratteri anatomici i più manifesti, e che fu al certo quella che mi procurò più presto lo studio istologico, del quale ebbi già l'onore di riferire a questa stessa Accademia.

Per ciò che riguarda poi i casi appartenenti agli altri Autori menzionati, ed a tutti quelli che in proposito si possono ripetere, io credo che con nessuno di essi si abbia a sostenere che il tubercolo sia provvisto di un valore puramente locale; e ritengo che quando la diagnosi è fatta non col solo soccorso degli studi degli elementi congregati od isolati, ma ancora col concorso di tutte le proprietà caratteristiche di questi stessi elementi e del modo di comportarsi del principio infettivo che dà ai medesimi la vera loro significazione, non vi possa essere alcun dubbio sul valore essenziale del tubercolo medesimo: ciò che procurerò di chiarir meglio, prima del termine di questo mio lavoro, colla narrazione di casi interessanti assai di pseudo Lupo alla faccia ed alla vulva.

Così che, per conto mio, è un fatto abbastanza manifesto che sempre quando si riscontra il vero tubercolo nelle manifestazioni sifilitiche, si deve dire che l'individuo affetto è in balìa di due infezioni, della sifi-

litica cioè e della tubercolare; e ciò contro l'opinione di Foà, il quale ammette senza più che una simile coesistenza sia impossibile, ritenendo egli invece per fermo che « il tubercolo si sviluppa per lo più da una « infiammazione, sia essa scrofolosa o sifilitica, o sem- « plice da cause accidentali, e che può svilupparsi « anche per debole irritazione locale destata da pa- « recchie sostanze, quali neoplasie di altra natura, « benchè non inducenti un'infiammazione nel senso « stretto della parola ».

Nè voglio ammettere che il virus sifilitico sia capace di dare luogo alla tubercolosi per sè, perchè allora rimarrebbe distrutta affatto non solo l'entità clinica di quest'ultima, ma ancora quella della sifilide stessa, il che è contrario affatto alla sana pratica, ai fatti cioè che giorno per giorno si osservano nello studio di questi infermi nelle diverse sale cliniche. Ed ecco dove si andrebbe quando si dimenticasse e malattia e malato nello apprezzamento dei fatti isolati che si riscontrano nel laboratorio.

Non discostiamoci quindi mai, per spirito di novità, dagli ammaestramenti coscienziosi di coloro che ci precedettero nella ricerca del vero in patologia, e ricordiamo a questo proposito che Virchow parlando delle gomme sifilitiche nei polmoni (1), di certi tumori caseosi, gialli e giallo-biancastri non incistidati, in polmoni di individui sifilitici (tumori che presentano tutti i gradi di consistenza e di dimensione, senza che si sia autorizzati per ciò ad ammettere la loro natura sifilitica), dice: perchè un soggetto sifilitico non

(1) *Pathologie des Tumeurs*, Paris, 1869, vol. 2°, pag. 457-458.

può egli essere affetto da tubercolosi polmonale, o da pneumonite caseosa, e perchè un tisico non potrà egli diventar sifilitico?

E per poter dire che il tubercolo, anche solo considerato come unità istologica, si sviluppa da una *infiammazione sifilitica*, bisognerebbe almeno che fosse provato che esso in ogni individuo nelle manifestazioni della sifilide primaria e costituzionale entra come parte integrante delle alterazioni istologiche dei tessuti: il che assolutamente non è, quando non si voglia esagerare l'importanza dei fatti descritti col generalizzarne i dettati. Ed io posso assicurare, dietro lo studio minuto di molte ulcere primitive, dure e molli del pene (delle quali la più parte mi venne procurata dal mio egregio collega Giacomini), e di nodi secondarii cutanei e mucosi (1), che il tubercolo è, e delle une e degli altri, una accompagnatura abbastanza rara, eccetto che per esso non si voglia prendere unicamente la cellula gigante, che pur si trova anche solo in qualche caso, e che non ne ha sicuramente tutto il significato.

Questa anzi, come si può leggere nel mio lavoro sul Lupo volgare, e più particolarmente in uno studio critico esperimentale che pubblicai in principio dell'anno scorso (2), non ha per sè sola alcuna importanza nella diagnosi della tubercolosi. Essa poi non può essere presa in considerazione nello studio della sifilide, poichè, come risulta specialmente dagli studi di

(1) Così detti tubercoli mucosi dai sifilografi.

(2) Colomiatti — *La cellula gigantesca* (*Gazzetta delle cliniche* di Torino, 1876, febbraio).

Jacobson(1), non esiste solo nel tessuto di granulazione, che già Virchow ha descritto nella sifilide stessa, ma si trova anche costantemente nelle *granulazioni delle piaghe di buona natura,* in maggior numero però sempre quando l'organismo è indebolito ed anemico; per cui non è a stupire se la si trova (come nel tessuto di granulazione scrofoloso inteso nel senso descritto ultimamente da Rabl (2), talora anche in quello delle produzioni sifilitiche, senza che abbia in alcuna di tali circostanze altro significato, tranne quello di un elemento molto ricco in protoplasma ed in nuclei, arrestatosi cioè ai primi atti della proliferazione cellulare (3); e ciò all'infuori di quei casi (che devono essere molto rari, se pur sono possibili, e che io fin qui non riscontrai ancora), nei quali non si può provare in modo assoluto che esso non è il risultato di tante piccole cellule fuse in una sola e grande.

E qui dovrei descrivere il modo col quale si sono sempre presentate a me le ulcere primitive che ebbi a mia disposizione: ma questo mio cómpito al presente si può dire esaurito, dal momento che, essendo attualmente ogni questione al riguardo portata sugli elementi neoformati che si riscontrano in corrispondenza del fondo e dei margini di esse, ed avendo io già parlato delle cellule giganti che si trovano talora fra i medesimi, non mi resterebbe a discorrere d'altro

(1) Ueber das Vorkommen von Riesenzellen in gut granulirenden Wunden der Weichtheile beim Menschem (Arch. f. path. Anat. und Phy. t. LXV, p. 120).

(2) Das Granulationsgewebe und seine Bedeutung für die Scrophulosis (Stricker's Jahrb. II, p. 157, 1876).

(3) Colomiatti — *La cellula gigantesca* (luogo citato).

che di cellule rotonde piccole affatto simili a quelle che compaiono in ogni neoformazione di tessuto connettivo giovane, e quindi in ogni tessuto di granulazione, di cellule cioè cosidette semoventi, che infiltrano regolarmente, e con discreta abbondanza, la pelle e la mucosa, sulle quali esistono le ulcere in discorso; nonchè di alcune forme cellulari un po' più ricche in protoplasma e di altre ancora di transizione da queste ultime alle giganti sopradette.

Difatti le molte mie preparazioni (che non debbo descrivere analiticamente per non sciupare senza alcuna utilità il tempo) mostrano precisamente che il derma, sia della pelle che delle mucose, in corrispondenza dei margini come del fondo delle ulcere, si presenta affetto da una ricca infiltrazione cellulare simile alla cosidetta infiltrazione linfatica, con questo rimarco però, che cioè, nelle ulcere indurate una tale infiltrazione interessa fin da principio tutta la spessezza del derma ed anche talora quella del connettivo sottostante, mentre che nelle ulcere molli la è meno abbondante nei primordii del loro sviluppo, che nei periodi ulteriori e più prossimi alla loro cicatrizzazione, caratterizzati dalla comparsa dei cosidetti bottoncini carnosi sul loro fondo, il quale per ciò appunto va via rialzandosi.

Ed a questo proposito (ricordando la conclusione che Virchow trasse dai suoi studi sulle gomme sifilitiche (1), secondo la quale « la granulazione sifilitica non si differenzia dalla granulazione infiammatoria più di quello che la roseola sifilitica si distingue dalla

(1) Virchow, *Pathologie des tumeurs*, Paris, 1869, tom. 2°, p. 465.

roseola puramente flussionaria ») si potrebbe dire che le alterazioni che si riscontrano nella pelle e nelle mucose affette da ulcere sifilitiche sono identiche a quelle che si osservano nelle ulcere infiammatorie semplici, dalle quali quindi diversificano solo per il principio infettivo che contengono; e noi sappiamo, per es., che anche la difterite si distingue dal crup non per i caratteri istologici dell'essudato fibrinoso, ma per il principio infettivo difterico che domina tutta la malattia (1).

Avviene cioè nelle ulcere sifilitiche stesse presso a poco ciò che si vede succedere nella pelle in seguito all'uso della pasta caustica di Vienna. Si sa invero che dopo alcuni giorni dalla applicazione di questa l'escara che vi si era formata cade, aiutata il più delle volte dalle trazioni del chirurgo, per cui si ha un'ulcera, sul fondo della quale appare ancora un sottile strato di sostanza necrosata, che a poco a poco si distacca in detrito, nel tempo istesso che la piaga risultante si ricopre gradatamente di granulazioni carnee (bottoncini carnosi).

Orbene, anche in questo caso si osserva una abbondante produzione di cellule semoventi, che è però sempre crescente dal primo stabilirsi della soluzione di continuo fino alla comparsa delle cosidette granulazioni di buona natura; cellule semoventi, che solo in parte riescono a rendersi libere alla superficie, dove poi costituiscono i globuli del pus, ma che del resto infiltrano il derma in tutta la sua spessezza, concorrendo poscia a ripararne le perdite col loro accu-

(1) Bizzozero, *Crup e difterite*, Torino, 1875.

mularsi, coi loro prodotti e col loro progressivo sviluppo.

Egli è in mezzo a queste cellule appunto che, nel tempo istesso che alcune volte si trovano globuli sanguigni rossi, si rinvengono talora, come dissi, sparpagliate alcune cellule giganti, e cellule che segnano il passaggio dalle une alle altre; cellule giganti che hanno perciò un'origine connettiva, che sono stadii avanzati di semoventi ordinarie, ma che non hanno alcuna speciale importanza, perchè come tali fanno atto di presenza in neoformazioni di origine troppo diversa.

Con esse non devono essere confusi certi ammassi di sostanza granulosa che si trovano bene spesso nel lume di vasi a pareti sottilissime circondati da una infinità di cellule semoventi ed immensamente dilatati; ammassi che sono talvolta alveolati e che contengono sovente nel loro interno globuli sanguigni bianchi, i quali potrebbero essere presi per nuclei, nonchè alcuni globuli rossi. Ed insisto su questo fatto, del quale ho già discorso in altro mio lavoro (1), e che si ha pure in altre affezioni, come ad es. nell'elefantiasi tuberosa (2), perchè se ad un esame superficiale è possibile la confusione, per poco che si osservino le preparazioni, si riconosce abbastanza facilmente e l'endotelio dei vasi, entro i quali sono rinchiusi, e il loro protendersi lungo i vasi stessi nelle sezioni oblique e longitudinali di questi ultimi; come pure si pos-

(1) *La cellula gigante*, ecc. (luogo citato).
(2) Bizzozero, *Contribuzione allo studio delle cellule giganti* (*Gazzetta delle Cliniche*, Torino, 1876, n° 5).

sono vedere stadii di passaggio dalla esistenza degli ammassi medesimi, alveolati o no, a quella di un reticolo endovasale con trabecole granulose od omogenee, racchiudente nelle sue maglie pochissimi globuli sanguigni bianchi o rossi.

III.

Ed ora entro a parlare delle alterazioni sifilitiche che si rinvengono nei polmoni, non intendendo però di discorrere di sifilide polmonale congenita, nè di gomme sifilitiche polmonali, ma solo della *pneumonite che si può ritenere causata dalla sifilide.* Ho detto che non intendo occuparmi per ora di gomme sifilitiche, e ciò perchè intorno all'esistenza di esse nei polmoni ed alla struttura ed evoluzione loro vi sono tali e tante questioni a sollevarsi da meritare una trattazione a parte.

In quanto alla pneumonite, che dirò sifilitica, premetto, prima d'ogni altra cosa, che senza l'aiuto di un'anamnesi completa e scrupolosa, congiunta ad un esame statico preciso, è impossibile possa essere diagnosticata. Io ebbi occasione di studiarne quattro casi nell'Ospedale di S. Luigi (oltre a due che mi procurò all'Istituto Anatomico il Dott. Giacomini, e che quindi non vidi infermi), ed ho visto che il difficile sta appunto nello stabilire esattamente il momento causale.

È vero che Grandidier (1) ha notato che l'induramento polmonale nella pneumonite interstiziale sifilitica risparmia quasi sempre l'apice dei polmoni (il quale si può dire essere generalmente il sito prediletto dei primi tubercoli), per affettare l'ilo dei medesimi, dal quale poi si estende preferibilmente in basso; con tutto ciò non è questo un carattere esclusivo. E difatti nel mentre si osserva, come si vedrà in appresso, che la *pneumonite sifilitica* non è mai puramente interstiziale, ma che è ancora in diverse località prevalentemente catarrale, si trovano casi di pneumoniti croniche associate a tubercolosi coll'apice polmonale libero affatto, o quasi libero, in individui che non ebbero mai sifilide.

Di questi io ne raccolsi diversi da alcuni anni a questa parte, ed uno ancora negli ultimi giorni dello scorso gennaio proveniente dalla Clinica Medica del Prof. Rovida, che però non descrivo per non fare inutilmente della casuistica, limitandomi al più dimostrativo fra tutti, che studiai verso la fine del 1875. — Si trattava di un infermo dell'età di 65 anni, coricato al letto 173 nell'Ospedale di S. Luigi, il quale aveva una storia anamnestica remota e prossima molto semplice, non avendo mai sofferto malattie di rilevanza, ed avendo il suo male avuto principio da un semplice catarro bronchiale originatosi per cause reumatiche, e trascurato perchè giudicato sempre leggiero. Era un uomo di costituzione buona, d'abito esterno regolare, dedito sempre a lavori faticosi, che

(1) Ueber Lungensyphilis..... (Berlin Klin. Wochens., 12 aprile 1875, N° 15).

lo esponevano ripetutamente all'azione delle vicissitudini atmosferiche. La malattia, per la quale ricorse all'ospedale, non passò a guarigione, come dissi, per trascuratezza, e quindi per l'azione ripetuta delle cause che lo produssero coi primi suoi sintomi, ed aveva poscia progredito, vuoi per mancanza di cure igieniche e terapeutiche, vuoi anche per deficienza di sana nutrizione, avendo il poveretto dovuto abbandonare le sue occupazioni, per ridursi forzatamente alla miseria.

Quando io lo esaminai non ho trovato sulla superficie del suo corpo alcuna traccia di alterazione di sorta, ed ho visto che aveva una conformazione del torace regolare con escursioni respiratorie sufficientemente ampie tanto a destra che a sinistra, che gli apici dei suoi due polmoni erano in condizioni normali e che la lenta bronchio-pneumonite, per la quale ricorse all'ospedale, si poteva rilevare sia colla percussione che colla ascoltazione d'ambo i lati, ma specialmente a destra, a cominciare da pochi centimetri al di sopra dell'angolo inferiore delle due scapole, fin verso la base, con segni abbastanza manifesti, i quali si ripetevano pure lungo le linee ascellari ed emiclavicolari, però con una estensione verticale-inferiore, alquanto diminuita.

Morì in seguito a pericardite siero-fibrinosa acuta, quando anche la affezione sua pneumonica non aveva punto indietreggiato.

All'autopsia, che eseguii in presenza degli allievi, ho trovato i fatti seguenti:

Cavità craniana. — Nulla di interessante.

Cavità toracica. — Abbondante quantità di siero torbido nel cavo pericardico, contenente una infinità di fiocchi fibrinosi, con intonaco fibrinoso, a superficie grossolanamente vellutata, sulle due faccie opposte della sierosa. Cuore alquanto flaccido, di volume normale. Nulla di notevole nelle cavità destre e negli orificii parimenti di destra. Nulla di notevole nel ventricolo sinistro. Valvole sigmoidee aortiche leggermente rigide. Placche giallastre non molto rilevate, ma estese, sull'aorta. Valvola mitrale inspessata con placche giallastre fra le sue lamine verso il margine aderente. — Debole quantità di siero nei due cavi pleurici. L'apice polmonale sinistro completamente libero da aderenze e solo debolmente imbrigliato il destro, verso la parte posteriore. Invece briglie di aderenze pleurali d'ambo i lati esistenti, a destra specialmente in corrispondenza del lobo medio e verso la base, ma all'indietro, ed a sinistra in corrispondenza della base del lobo superiore che si trovava strettamente saldato all'inferiore; e della parte anteriore ed esterna di questo ultimo, con aderenze recenti del lembo anteriore del medesimo al pericardio. Spaccati i due polmoni, lasciavano vedere le stesse alterazioni, più estese però a destra.

L'apice d' entrambi e con esso la parte maggiore del lobo superiore erano solamente un po' edematosi, senza che presentassero alcun segno di pneumonite, nè d'altra alterazione qualunque. La parte più bassa invece di questi stessi due lobi, il lobo medio a destra, e più della metà alta dell'inferiore dei due lati, erano gremite di focolai pneumonici con aspetto caseoso in

buona parte, separati gli uni dagli altri da tessuto indurato e pigmentato simile a quello che si osserva nella pneumonite interstiziale la quale ha per esito la cirrosi, e tempestate qua e là da gruppi di nodi migliari grigiastri e grigio-giallastri, con piccole caverne per lo più bronchiectasiche, tumefazione della mucosa bronchiale spalmata di catarro, e peribronchite sclerosata.

Le ghiandole linfatiche peribronchiali, quelle specialmente che stavano da presso all'ilo dei due polmoni, erano tumefatte, immensamente pigmentate, ma non contenevano nodi nel loro seno.

Nulla nel cavo peritoneale e nel peritoneo.

Fegato debolmente grasso e per niente granuloso. — Milza normale.

Reni, ureteri, vescica, ed organi genitali privi d'ogni alterazione apprezzabile, e così pure il ventricolo e le intestina.

Le ghiandole linfatiche inguino-crurali normali.

L'esame microscopico di tutti questi diversi visceri non mi diede che risultati negativi per l'argomento che sto trattando, all'infuori di ciò che mi fu dato rilevare dai polmoni. Mi assicurai cioè trattarsi essenzialmente in tal caso di una pneumonite cronica diffusa, interstiziale cioè e catarrale ad un tempo, che ebbe il primo suo punto di presenza in vicinanza all'ilo dei due polmoni, dal quale non raggiunse col suo estendersi l'apice dei medesimi; pneumonite con degenerazione caseosa circoscritta dei suoi prodotti catarrali specialmente, congiunta a tubercolosi; e che quindi io ero in presenza di un caso di tisi combinata, la quale aveva lasciato liberi i due apici polmonali.

In possesso di tutto ciò io dovevo certamente farmi alcune domande, fra le quali anche questa: Non poteva cioè l'anamnesi risentire di qualche inesattezza, e la pneumonite in tal caso essere di natura sifilitica, dal momento che Grandidier stabilì quanto ho più sopra notato dietro lo studio di un numero grande di malati?

In tal caso però io avrei dovuto trovare almeno altre traccie di sifilide, e invece non ho visto, non dico una fra tutte, ma neppure la più dubbia delle alterazioni che colpiscono i visceri nella sifilide costituzionale, come risulta dalla breve relazione dell'autopsia sopra riferita; la qual cosa è in armonia appunto coll'anamnesi stessa, che raccolta in diversi tempi con interrogazioni variate, fu sempre identica.

Per cui, mentre da un lato, stando ai risultati ottenuti dagli esami fatti sui polmoni, sarebbe stato possibile lo ammettere che la pneumonite in questione era di origine sifilitica, e che ad essa si associò poi la infezione tubercolare, dall'altro lato considerando, e l'anamnesi negativa rispetto alla sifilide stessa, e la mancanza assoluta di altre alterazioni comuni nella sifilide costituzionale, si è invece in obbligo di sostenere che l'affezione pneumonica primitiva era semplice, non specifica, e che come tale preparò in un individuo denutrito il terreno allo attecchimento del tubercolo, che non ebbe tempo a diffondersi agli apici polmonali.

La pneumonite sifilitica, che io ebbi occasione di studiare, come dissi, in sei esemplari, è una pneumo-

nite diffusa, cioè interstiziale ad un tempo e catarrale; con questa avvertenza però che, mentre nei polmoni sezionati si trovano estesi tratti, nei quali l'abbondanza del connettivo sclerosato interalveolare ed interlobulare si può dire che rappresenta la parte principale del processo, esistono pure all'infuori di questi stessi tratti, molteplici lobuli di pneumonite essenzialmente catarrale, aventi talora nel loro seno nodi giallastri, caseosi, grossi da un grano di miglio ad una fava; per cui è il caso di dire, già ad un primo esame, ed al certo non a torto, che i due processi esistono bensì congiunti nello stesso polmone, ma non in proporzioni uguali nelle stesse parti affette del medesimo, essendo in vero la pneumonite in alcune località (sono le più estese) prevalentemente interstiziale, in altre essenzialmente catarrale, ed alle volte ridotta ad esiti tanto gravi in ambedue le circostanze da riuscire alla produzione anche di ampie caverne.

Io non so se questo fatto si possa credere che si ripeta in ogni caso consimile; ma mi trovo in grado di asserire che lo si rinviene anche in più casi di tisi polmonale, i quali non si possono sicuramente ascrivere alla sifilide: ed a questo proposito io debbo dichiarare che le mie diagnosi di pneumoniti sifilitiche furono fatte dietro la conoscenza di una pregressa infezione diretta, di sofferta sifilide costituzionale, curata bensì, ma non mai completamente guarita, e poscia dietro la scorta dell'esistenza di gomme sifilitiche alle tibie specialmente ed al fegato, di cirrosi epatica sifilitica, di induramento delle ghiandole linfatiche, di osteomi meningei, e talora anche di milza amiloide.

Il reperto istologico che io posso sintetizzare dopo lo studio accurato che feci delle molte mie sezioni, eseguite sui polmoni medesimi, è abbastanza semplice, potendo essere descritto in due soli tipi, i quali hanno ancora diversi punti di comunanza, e che, come più sopra ho detto, si trovano riuniti nello stesso viscere.

Il tipo più esteso è quello della pneumonite diffusa prevalentemente interstiziale. In esso, una sezione scelta quale esemplare, esaminata ad un debole ingrandimento, ci dimostra subito come grande sia la diminuzione dell' area respiratoria in questi polmoni, e quanto sia accresciuto il connettivo peri-bronchiale, interlobulare, ed interalveolare. Gli alveoli polmonali, e gli infundiboli, che nello stato normale sono separati gli uni dagli altri da poco tessuto connettivo che serve anche di sostegno ai vasi sanguigni, sono difatti ridotti di molto nei loro diametri, e disgiunti fra loro da tratti estesissimi di connettivo, il quale ha diversa apparenza e significazione a seconda delle località, nelle quali lo si esamina. Visto in vero ad un ingrandimento dai 400 ai 600 diametri, quello che sta dall'intorno dei bronchi di piccolo e di medio calibro, è generalmente un connettivo sclerosato; mentre è connettivo adulto bensì, mà sufficientemente ricco di cellule e di vasi. quell' altro che sta fra i diversi lobuli e fra gli alveoli, potendo essere in alcune regioni prevalentemente un connettivo giovane.

All'intorno dei bronchi talora è difficilissimo lo scorgere la composizione fibrillare dei fascii connettivi stipati che ne inspessiscono ed induriscono le pareti; e fra i lobuli, come fra gli alveoli, le fibre connettive

ed i fascii fibrillari sono evidenti, a decorso ondulato ed intrecciato, e si trovano spesso immersi in una sostanza ialina omogenea, identica presso a poco, nell'aspetto suo istologico, alla sostanza fondamentale delle cartilagini d'incrostazione articolare e tendinea (1).

Le cellule che si vedono in tale tessuto indurato, non occorre il dirlo che sono cellule connettive adulte, e quindi cellule fusiformi, stellate, ramificate, per lo più esili, specialmente quelle che stanno nel connettivo peri-bronchiale, miste tuttavia ad alcune cellule rotonde od ovalari, ma non ricche in protoplasma.

In alcuni punti però e le cellule fusiformi, e le stellate e queste ultime rotonde od ovalari si presentano più grosse, raggiungendo anche talune di esse i diametri delle giganti, e sono alle volte contemporaneamente infiltrate assai di pigmento, per lo più pigmento nero, od anche presentano ad un tempo l'infiltrazione pigmentaria e la degenerazione adiposa, quest'ultima sotto forma di goccioline assai distinte, le quali colla loro disposizione disegnano la forma del protoplasma delle cellule, nel cui seno si sono fabbricate.

E là dove il connettivo non è indurato, ma ha invece l'aspetto di un connettivo giovane, le cellule, ben s'intende, sono delle ordinarie cellule semoventi appartenenti ai tessuti infiammati. Esse possono trovarsi accumulate assai e separate le une dalle altre da poca sostanza intercellulare, come è il caso del tessuto così

(1) V. Colomiatti: — *Contribuzione allo studio delle articolazioni* (*Giornale della R. Accademia di Medicina di Torino*, 1876) dove è descritta la cartilagine d'incrostazione tendinea.

detto di granulazione che ricopre le piaghe, oppure possono essere in minor numero ed infiltrate fra i costituenti di un connettivo fibrillare bensì, ma non indurato. Entrambi questi due modi di essere si rinvengono sia fra i lobuli, come fra gli alveoli, colla massima frequenza però fra questi ultimi del primo a preferenza del secondo.

In presenza del connettivo indurato noi siamo autorizzati a ritenere che il processo pneumonico che lo produsse ebbe un decorso lento; mentre che il connettivo giovane ci attesta la esistenza contemporanea di un processo rigoglioso di neoformazione cellulare, il quale avrebbe potuto avere anche per esito la suppurazione, oppure la produzione di un connettivo adulto se, cessando la comparsa di nuove cellule, le già esistenti fossero entrate in quelle loro fasi, le quali nel tempo istesso che le avrebbero condotte alla apparenza fusiforme, stellata e schiacciata, le avrebbero eziandio comprese in mezzo ad una sostanza intercellulare ialina e fibrillare condensata.

Questa specie di pneumonite sifilitica si inizia colla produzione esagerata di cellule semoventi, sia nel connettivo peri-bronchiale come nell'interlobulare e nell'interalveolare, però con questa gradazione; incomincia cioè a manifestarsi all'intorno dei bronchi di piccolo e di medio calibro, per estendersi successivamente agli spazii interlobulari e in ultimo alle pareti alveolari, per quanto si può credere stando all'apparenza che ha il connettivo neoprodotto in queste diverse località, quando la pneumonite stessa ha raggiunto il grado di sviluppo che hò testè descritto.

Ho detto che questo tipo era quello della pneumonite prevalentemente interstiziale, non dissi puramente interstiziale; e ciò perchè il rivestimento epiteliale delle terminazioni bronchiali (tralasciando di parlare della mucosa bronchiale in tutta la sua estensione), quello degli infundiboli e degli alveoli non vi è risparmiato dal processo infiammatorio. Esso difatti è rigonfio e molto intorbidato, talora in via di degenerazione grassa, essendo anche gli infundiboli stessi, e con loro gli alveoli, in parte occupati da cellule epiteliali degenerate, ed alle volte da ammassi di detriti granulo-grassi, in mezzo ai quali, dietro l'azione dell'alcool forte o della benzina, si possono ancora dimostrare alcuni nuclei che ci attestano che questi stessi ammassi provengono da cellule, le quali si sono distaccate dalle pareti bronchiali infundibolari ed alveolari, e che in seguito si sono disaggregate dopo aver subìto la degenerazione; e ciò tanto più si deve dire, inquanto che nello stesso preparato sono facilmente visibili i diversi gradi di formazione degli ammassi medesimi, dalla composizione cellulare distinta, alla loro apparenza ultima e meno caratteristica.

Avviene in questo caso ciò che si può osservare nell'orchite cronica prevalentemente interstiziale, nella nefrite della stessa natura, nei quali processi l'epitelio entra anch'esso da prima in una fasi progressiva, per finire colla necrobiosi graduata dei suoi elementi.

Questi ammassi, è bene sia detto, non sono da confondersi con cellule gigantesche. Di quest'ultime difatti non hanno per nulla la significazione; e del resto è abbastanza agevol cosa il distinguerle, dal momento

che talvolta in un medesimo preparato si possono scorgere e gli ammassi medesimi ed alcune cellule gigantesche intra-alveolari od intra-infundibolari, provenienti dallo ingrandimento di un'unica cellula epiteliale, e non aventi altra importanza che quella che hanno le gigantesche epiteliali stesse nelle pneumoniti catarrali semplici, e nei margini delle pustole vaiuolose.

Sicuramente però che la parte che il tessuto epiteliale polmonale ha nella produzione di questa polmonite è affatto secondaria, non solo per la minor quantità dei prodotti che ne dipendono in rapporto colla produzione massima del connettivo che atrofizza gli infundiboli e gli alveoli, ma ancora per il tempo, nel quale viene a manifestarsi in esso un primo segno di alterazione.

Difatti si osserva che, nei punti nei quali la affezione è nel suo esordire, il rivestimento epiteliale degli infundiboli specialmente e degli alveoli è ancor sano, quando già il connettivo peribronchiale ed interlobulare è infiltrato di cellule semoventi, e si sta formando la sostanza intercellulare che deve poi indurirsi. Ciò che ci dà pure ragione della mancanza o della estrema scarsità degli escreati in principio della malattia, allora che gli infermi si lamentano solo di ambascia crescente di respiro, di tosse così detta asciutta, e che la percussione ci indica lo sviluppo di un induramento nelle regioni medie polmonali.

Il secondo tipo è quello della pneumonite essenzialmente catarrale. In tutte le preparazioni che si possono togliere dai nodi pneumonici appartenenti a

questo tipo, si vede che lo induramento polmonale è prodotto dalla occlusione degli infundiboli e degli alveoli fatta da accumulo immenso di cellule specialmente epiteliali che provengono dalla proliferazione delle preesistenti appiccicate alle pareti degli infundiboli e degli alveoli medesimi. Dico accumulo immenso di cellule *specialmente* epiteliali, non unicamente epiteliali, perchè spesso in mezzo a queste ultime si distinguono cellule semoventi comuni, le quali per la più parte non sono che globuli sanguigni bianchi usciti fuori dai vasi e penetrati fra le epiteliali stesse.

Questi accumuli sono o composti di cellule non degenerate, oppure di cellule in via di degenerazione, come possono anche essere ammassi di detriti granulograssi identici a quelli che un momento fa ho menzionato; e in essi è anche talvolta possibile rinvenire cellule gigantesche relativamente piccole o grandi al punto da occupare anche il massimo dello spazio che è circoscritto dalle pareti alveolari, se per esempio stanno entro ad alveoli, non entro ad infundiboli.

I vasi delle pareti alveolari ed infundibolari hanno un diverso aspetto a seconda dei casi. Così quando gli accumuli cellulari risultano composti di cellule non degenerate, essi sono non solamente permeabili, ma il più delle volte dilatati, contorti molto e ripieni di sangue: quando invece gli accumuli stessi sono ridotti ad ammassi di granulazioni simili a quelle degli ordinari nodi pneumonici caseosi, i vasi sono completamente ostrutti, oppure quasi affatto impermeabili. Nel primo caso (cioè quando la circolazione sanguigna è possibile) si osserva nel connettivo inte-

ralveolare ed interinfundibolare ancora un aumento numerico nelle cellule, le quali hanno l'aspetto delle semoventi comuni e la significazione di globuli sanguigni bianchi emigrati, nonchè di progressiva proliferazione cellulare. Quest'aumento di cellule (delle quali alcune attraversano la parete degli alveoli e degli infundiboli per penetrare fra le cellule epiteliali neoformate) quando oltrepassa certi limiti, e che congiuntamente vi ha una tumefazione degli endotelii vasali (1) non solo, ma la proliferazione dei medesimi (2), ed una esagerata produzione epiteliale nell'interno delle cavità respiratorie, è quello che prepara la degenerazione dei prodotti pneumonici, contribuendo ad ostruire a poco a poco, per compressione, i vasi, onde incomincia a scarseggiare gradatamente da questi ultimi la trasudazione nutritizia, per poscia mancare affatto; condizione che determina la degenerazione granulo-grassa degli elementi nuovi, i quali sono di già predisposti alla necrobiosi in causa dello stesso processo infiammatorio che li produsse, e forse anco delle misere condizioni generali dell'organismo affetto.

Codesta necrobiosi però può anche avvenire indipendentemente dalla comparsa delle dette cellule semoventi nel connettivo perivasale, e cioè quando vi

(1) Vedi il mio lavoro sul Lupo volgare — (*Annali Universali di Medicina e Chirurgia*, Milano, 1875) — nel quale è descritta la detta tumefazione, non congiunta però, nel vero Lupo, alla necrobiosi degli elementi delle nodosità, perchè spinta solo in pochissimi vasi fino alla determinazione della chiusura del lume dei medesimi.

(2) Marchiafava. *Angioite obliterante* (*Gazzetta Medica* di Roma, 15 dicembre 1876).

ha una rapida formazione epiteliale negli alveoli stessi e negli infundiboli, senza che le cellule neoformate abbiano campo di venire eliminate. Esse nel tempo istesso che si radunano in spazii stretti in grande quantità e che si comprimono a vicenda, servono pure a comprimere i vasi, perchè questi restano pigiati da ogni dove, non essendo mai così affetti alveoli od infundiboli isolati. Risultano perciò nodi pneumonici giallastri, caseosi, molteplici, sparsi qua e là ed aventi una grossezza che può variare dai diametri che ha una testa di spillo ordinario, a quelli di una fava e più: nodi caseosi, che esaminati in sezione ad un debole ingrandimento, lasciano vedere ancora le pareti alveolari ed infundibolari sotto forma di trabecole connettive con fibre elastiche; aventi la disposizione caratteristica delle pareti normali, delle quali non sono che un rappresentante; e difatti esse si continuano alla periferia dei nodi stessi colle pareti degli alveoli e degli infundiboli circostanti, i vasi delle quali sono ripieni assai di sangue, nel tempo stesso che l'epitelio alveolare e infundibolare è in via di proliferazione e desquammazione.

IV.

La descrizione che ho così terminato, come si vede, non ha in sè alcuna cosa che possa ritenersi caratteristica delle affezioni sifilitiche: noi non possiamo cioè, unicamente col microscopio alla mano, e col solo

esame dei polmoni sezionati, far diagnosi di pneumonite sifilitica, rigorosamente parlando. E se io adesso, dopo di aver finito il ritratto dei tipi delle sezioni che si possono eseguire sui diversi polmoni sifilitici che raccolsi, mi accingessi a delineare il quadro delle alterazioni istologiche che si rinvengono nelle pneumoniti diffuse croniche, ma semplici, nessuno potrebbe rilevare essenziali differenze: sarei, cioè, obbligato a ripetere i fatti che ho fin qui descritti, con varianti così deboli, che riescirebbero impercettibili.

Non per questo però noi dobbiamo rigettare il concetto clinico della tisi polmonale sifilitica, malattia della quale si è parlato in tutti i tempi, e che venne curata in parecchi casi felicemente coll'uso dei mercuriali, i quali, se non riescono sempre dannosi nelle altre tisi, sono certamente inconsigliabili, perchè non adatti: ciò che è assai bene stabilito da Swediaur, (non volendo ora citare alcun moderno) il quale riferisce anche un caso singolare di questa malattia, guarita casualmente coll'uso interno dell'unguento bigio (1), e dice che Franck ha pure sanato radicalmente con un trattamento specifico una tisichezza simile accompagnata da sputo sanguigno e purulento e dalla più completa emaciazione.

Del resto, se si ritiene che i fenomeni predominanti specialmente per l'estensione, ed anche per la priorità della loro manifestazione, vi si compiono non nel tessuto epiteliale, bensì nel connettivo, e che un polmone sifilitico non è mai affetto soltanto da pneumonite essenzialmente catarrale, una qualche diversità

(1) *Trattato completo delle malattie sifilitiche.* Milano.

par che vi sia; diversità però, che io sostengo (dopo tutto ciò che in proposito ho già detto) non possa aver valore, se non è confortata da dati anamnestici positivi, non sempre facili a rilevarsi, e dalle complicanze sifilitiche reperibili nei vari tessuti e visceri dell'organismo.

In questa descrizione non hanno, come si può scorgere, avuto alcuna rappresentanza i tubercoli. Ho parlato, è vero, di cellule gigantesche connettive ed epiteliali; ma sulla significazione di queste mi pare di essermi sufficientemente espresso più sopra. Ho parlato di nodi caseosi, e son certo di non aver lasciato alcun dubbio sulla loro origine e sulla loro primitiva significazione, la quale è diversa assai da quella dei nodi caseosi tubercolari, dei nodi caseosi che si possono rinvenire nel cancro in seguito a degenerazione dei suoi propri elementi, di quelli che sono il risultato della degenerazione dei globuli del pus, quando questo, dopo aver perduta la sua parte liquida, si è condensato in un sito per ridursi in un ammasso di granulazioni morte.

Con tutto ciò, mentre non ammetto una *tubercolosi sifilitica polmonale*, — (e non è neanco sostenibile la tubercolosi migliare sifilitica del peritoneo descritta da Aufrecht (1) ultimamente) — non posso negare la esistenza contemporanea della pneumonite sifilitica e della tubercolosi polmonale, perchè, due fra i sei casi di pneumonite sifilitica, dei quali ho discorso, seria-

(1) Falle von syphilitischen Miliartuberkulose (Deutsch. Zeitsch, f. prakt. Med., 26, 1875); e *Annali universali di medicina e chirurgia* di Milano, parte *Rivista*, 1876, gennaio.

mente si opporrebbero al mio dire: ammetto, cioè, una *tisi combinata sifilitica* e *tubercolare* ad un tempo. La sifilide in essa (senza parlare di coloro i quali con tubercolosi polmonale cronica (1) in corso, contraggono la sifilide che corre alle sue conseguenze) desta, secondo me, o prepara e sostiene il processo pneumonico, per poscia disporre il terreno allo attecchimento del virus tubercolare nei punti pneumonici; oppure determina colla pneumonite lo sviluppo dei tubercoli nei polmoni stessi in un individuo predisposto, come fa, ad esempio, il morbillo.

In questi casi lo Swediaur, ora citato, (il quale ha visto la sifilide complicata collo scorbuto, colla lepra, coll'elefantiasi, colla scrofola, ecc.) dice che l'affezione ha cangiato carattere, ha *degenerato*, sia per la lunghezza del tempo, sia pel regime, sia per l'uso disordinato di certe preparazioni mercuriali o per altre cause: ciò che, salva l'espressione ultima, è pure una grande verità, inquantochè, quando alla pneumonite sifilitica si congiunge la tubercolosi, è questa che dà l'intonazione alla malattia rendendola completamente inguaribile; e difatti, noi al presente non possediamo ancora alcun rimedio che sia capace di opporsi al corso necessario della infezione tubercolare, quando questa attecchisce in una località che non può liberamente essere distrutta dalla mano abile del chirurgo, come è appunto il polmone.

Ma entriamo in un'altra questione. Vi sono casi (ad esempio quelli di Köster sopra riferiti), nei quali la

(1) V. Colomiatti e De-Casa: *La tisi polmonale*, ecc., per ciò che riguarda il significato della espressione, *tubercolosi polmonale cronica*.

manifestazione sifilitica primitiva è accompagnata dall'esistenza nella stessa località di tubercoli, ed a proposito di questi si possono fare fra le altre le seguenti domande: se cioè i tubercoli si siano svolti perchè l'individuo era ad essi predisposto, e se perciò il virus sifilitico non abbia agito che come causa determinante più prossima, procurando lo sviluppo di un tessuto di granulazione matrice di tubercoli; oppure, se i tubercoli si siano inoculati contemporaneamente alla sifilide da ulcere in una sifilitiche e tubercolari; od anche, se il virus sifilitico sia stato capace di preparare coll'ulcerazione il terreno adatto allo assorbimento del virus tubercolare.

Ad esse però attualmente io credo non sia possibile rispondere in modo da risolvere ogni questione in proposito, e non si sa ancora dove ci potrà condurre al riguardo l'esperimentazione sugli animali, perchè non si conoscono le condizioni tutte nelle quali deve mettersi lo esperimentatore per liberarsi, da un lato, dai propri dubbi, e dall'altro, da tutte le obiezioni che gli si possono muovere.

Il coniglio (per parlare solo degli animali sacrificabili, e dei più facili alla mano di chi lavora) è predisposto, come tutti convengono, alla tubercolosi. E per ciò sarebbe già uno dei soggetti da scegliersi per vedere di rispondere alla prima sopra-esposta domanda. Ma in esso la sifilide non si può inoculare con felice esito, o almeno chi sa se questo si possa ottenere. Io, per es., l'anno scorso, col Dott. Giacomini vi ho tentato due innesti con pezzi di ulcere sifilitiche indurate prepuziali freschissime, innesti che furono

senza risultato, non essendosi svolta la sifilide con alcuna delle sue manifestazioni.

I due pezzetti introdotti sotto la pelle della faccia interna delle coscie, presso la piegatura dell'inguine, vi destarono ciascuno un ascesso, che passò a rimarginazione in pochi giorni, con successiva e rapida scomparsa di ogni induramento locale e ghiandolare, e con persistenza completa per il corso di parecchi mesi della vigoria dell'animale, dopo i quali, questo incominciò a dimagrare, per cui venne ucciso e fu anche in parte utilizzato in istudi d'istologia normale, perchè era quasi completamente sano. Solo i polmoni suoi contenevano focolai d'induramento pneumonico multipli, sparsi per ogni dove, e racchiudenti alcuni di essi nodi caseosi, grossi quanto una testa di spillo ordinario, o poco più, coll'aspetto cioè di piccoli focolai tubercolari ingialliti dalla degenerazione dei loro elementi: ciò che non vuol dire che la sifilide si fosse in esso inoculata, dal momento che ogni alterazione apprezzabile non dico sifilitica, ma ancora di altra natura, degli altri visceri mancava affatto. Era invece uno di quei casi che si diagnosticherebbero da molti di tubercolosi polmonale spontanea, e che da chiunque si crederebbero tali all'esame macroscopico, non però ad un esame istologico severo, essendo da ascriversi alla pneumonite cronica essenzialmente catarrale, della quale poteva servire quale un esempio molto dimostrativo.

Difatti, ogni focolaio d'induramento pneumonico era costituito dall'otturamento degli alveoli e degli infundiboli fatto da una quantità immensa di cellule

epiteliali provenienti dalla moltiplicazione delle preesistenti, cellule relativamente grandi, rotonde in parte ed in parte poligonali, per lo più uninucleate, o racchiudenti un nucleo in via di divisione, miste rare volte a cellule giganti comparativamente piccole ; al quale otturamento andava congiunto un leggero aumento del connettivo interlobulare, peribronchiale ai bronchi minimi, ed interalveolare, con infiltrazione di elementi giovani bensì, ma più ricchi in protoplasma di quello che siano le ordinarie semoventi dei tessuti infiammati ed in via di proliferazione. Ed i nodi caseosi compresi entro a questi focolai erano il risultato della degenerazione degli elementi neoformati ed avevano la stessa apparenza di quelli che ho descritto più sopra nella pneumonite sifilitica, e che notai non essere diversi dai nodi caseosi semplici, i quali si trovano nelle pneumoniti croniche non sifilitiche.

Questa pneumonite però così ben manifesta, e, quantunque circoscritta a lobuli sparsi, ridotta già ad esiti tanto gravi, ancorchè si sia svolta in un coniglio operato di sifilide, il ripeto, nessuno vorrà dire che sia sifilitica. Ed in vero, come ho già notato poco fa, essa era l'unica alterazione che presentava il coniglio stesso, il quale non ebbe in seguito all'innesto manifestazione infettiva di sorta; ed era ancora in nessuna località prevalentemente interstiziale, ma dovunque essenzialmente catarrale. Certamente non era altro che una tisi semplice spontanea in corso, di data non antica, originatasi cioè in seguito a cause ignote, la quale si svolse indipendentemente dal praticato

innesto, perchè non è ammessibile che questo si sia limitato a produrre (dopo essere stato innocuo per un tempo sufficientemente lungo) un'unica alterazione, e con caratteri che non si possono sicuramente dire affatto proprii della sifilide.

Ma, se è pur troppo una verità, come si vede, che non possiamo rispondere alle domande sopra formulate, appoggiati alle nostre attuali conoscenze scientifiche, non è però men vero che possiamo sostenere che una volta stabilitosi per bene il processo tubercolare nelle manifestazioni sifilitiche, esso segue il suo cammino ed uccide per tubercolosi diffusa lo infermo, che non muore quindi in tal caso di sifilide, pur riconoscendo in questa, dell'estremo suo male certamente non l'ultima causa, in ordine d'importanza.

A comprova di ciò sia qui la narrazione di quel caso, del quale ho fatto cenno fin da principio, pag. 7.

Il 28 gennaio dello scorso anno moriva all'Ospedale di S. Luigi, in età d'anni 47, una certa Pozzi Rosa. Costei venne ricoverata per una prima volta nell'Ospedale il 14 dicembre 1871 *anasarcica* e messa sotto le intelligenti cure del cav. Genovesio in allora medico primario. L'anamnesi fu raccolta dalla diligenza del medico assistente, il Dott. Molinari, ed è nella sua essenza quale io ora la trascrivo.

Donna di costituzione mediocre, nacque da parenti sani, sofferse il vaiuolo, la varicella, la pertosse ed adeniti suppurate al collo. A sei anni, in seguito a stupro, fu affetta da ulcere sifilitiche alla vulva seguite da buboni, indi da sifilide secondaria agli occhi, al naso ed alla bocca. A 12 anni fu mestruata, e poco

dopo le ricomparve l'affezione alla vulva, con tumefazione alle grandi e piccole labbra, dalla quale non fu mai più completamente e stabilmente liberata. Due anni prima che entrasse all'Ospedale fu affetta da risipola alle estremità inferiori, in seguito alla quale sorse e le si mantenne edema esteso a quasi tutto il corpo ; e quando entrò nell'Ospedale, offriva per di più una *tumefazione elefantiaca* delle grandi e piccole labbra con estese ulcere e nodi cutanei multipli circostanti, non che atresia della vagina; e tutto ciò coll'aspetto di una affezione dipendente ancora dalla sifilide che da bimba aveva dovuto forzatamente contrarre.

Il 13 luglio del 1873 fu costretta ad abbandonare l'Ospedale. Era già da tempo guarita dell'anasarca, e i genitali ammalati le si trovavano in via di miglioramento progressivo, per modo che si poteva forse sperarne la guarigione, se ne avesse potuto seguire la medicazione, la quale consistette in cauterizzazioni ripetute, ed essenzialmente in una cura specifica iodica e mercuriale.

Rientrò il 12 aprile del 1875 e fu coricata in uno dei letti del comparto del cav. Vigo per estesa ulcera alla vulva. Il Dottor Bellosta, assistente, scrisse allora nel registro le seguenti annotazioni:

« Dacchè uscì dall'Ospedale non fece cura di sorta, fuorchè qualche cauterizzazione all'ulcera con nessun giovamento, che per ciò presto volle abbandonare. Ora ha diarrea da due mesi, febbre quasi continua, soffre di dolori al ginocchio sinistro ed alla regione carpea destra ove si nota un'intumescenza. L'ulcera,

per la quale venne ricoverata, interessa tutta la parte esterna della vulva, ha margini duri e sinuosi, tagliati a picco, ed è relativamente poco dolorosa. Delle ghiandole inguinali alcune sono suppurate, altre indurite ».

Sulla cura, alla quale questa misera donna fu sottoposta appena rientrata nell' Ospedale e durante il tempo che stette ancora viva, io non mi fermo, perchè in essa non vi ha gran che di interessante, viste le complicanze del suo primitivo male; non mi fermo a discorrere dei fenomeni clinici che presentò prima di giungere all'ultima crisi che fu più specialmente determinata da una tubercolosi polmonale acuta, contro la quale riuscirono vani tutti i rimedi: perchè piuttosto che questi, mi occupano le alterazioni che riscontrai in essa al tavolo della necroscopia, che presenziata dai miei Colleghi, il Dottor De Casa ed il Dottor Bellosta, e da alcuni Allievi dell'Ospedale, trascrivo quale fu da me dettata 28 ore dopo il decesso.

Meningi e cervello. — Nulla di notevole.

Cuore. — Nulla di notevole.

Polmoni. — Raggrinzati entrambi all' apice per pleurite antica deformante. Sulla superficie del taglio di entrambi i polmoni si nota abbondanza del connettivo interlobulare pigmentato, con consecutivo indurамento polmonale, ed una moltitudine di nodi grossi come una testa di spillo, aggruppati, e di colorito biancastro quasi lucente. Il tessuto polmonale che attornia queste masse di nodi, dove non è indurato, è per lo più edematoso.

Fegato. — Grasso. Verso i margini ha aspetto granuloso, e sulla superficie del taglio in queste adiacenze

si vedono sporgere gli acini circondati da connettivo indurato.

Milza. — Un po' tumefatta. È però rugosa, e la sua capsula si presenta in alcuni punti inspessata. In corrispondenza di questi inspessimenti, la milza è come strozzata. Del resto offre nulla di notevole, tranne che la polpa splenica ha una consistenza minore del normale.

Reni. — Rugosi, più piccoli del normale, ed alquanto indurati, colla loro capsula inspessata e molto aderente. Nel sinistro si trovano due nodi d'aspetto giallastro in corrispondenza del limite fra la sostanza corticale e la midollare. Uno di questi nodi è grosso come un piccolo cece, mentre l'altro lo è quanto la testa di uno spillo ordinario.

Ventricolo. — Nulla di notevole.

Intestino. — Ulcere nell'ultima porzione del tenue, nel ceco e lungo il crasso, a margini rilevati ed anfrattuosi, sul fondo delle quali si vedono nodi biancastri grossi come grani di miglio, mentre nelle adiacenze si trovano nodi d'aspetto caseoso.

Alcune anse intestinali sono aderenti all'utero, il quale è tenuto rovesciato in dietro ed a destra da briglie connettive robuste.

Ovaia. — Atrofiche.

Utero. — Il corpo dell'utero è più piccolo del normale: il collo è invece un po' più grosso. Questo maggior volume del collo è dipendente da una raccolta di muco filante nella sua cavità, che trovasi ridotta ad una *specie di cisti* chiusa dalla parte della cavità uterina, forse per pregressa endometrite, e chiusa pari-

mente all'orificio inferiore o vaginale. Il muso di tinca non è punto percettibile, perchè il collo uterino chiuso, come è detto, si continua in un tessuto robusto fascicolato, a fasci intrecciati, che discende fin verso il terzo inferiore della vagina, ridotta perciò nei suoi due terzi superiori ad un cordone solido. La parte pervia della vagina è lurida, ed ha una apparenza di gangrena. La vulva è quasi tutta distrutta dall'ulcera ed in parte anche da gangrena; esistono però all' ingiro di essa molteplici nodi cutanei, in parte ulcerati.

Vescica. — Sulla superficie interna della vescica, nell'area del trigono, esiste un'ulcera larga presso a poco un cinque centesimi, a margini rilevati alquanto ed anfrattuosi. Sul fondo di quest'ulcera, sui bordi ed all'ingiro di essa esistono nodi grossi per lo più come un seme di lino, aventi in massima parte l'aspetto di piccoli nodi caseosi; alcuni di questi nodi circostanti alla detta ulcera, e fra i più grossi, si presentano ulcerati.

Le ghiandole linfatiche delle regioni inguino-crurali ed iliache, non che le mesenteriche e le prelombari, sono ingrossate, dure; e spaccate, contengono nodi caseosi e nodi bianco-grigiastri piccoli.

L'esame istologico mi assicurò poi della natura tubercolare dei nodi che gremivano i due polmoni, dei due nodi che riscontrai nel rene sinistro, delle ulcere intestinali, delle ulcere e dei nodi rinvenuti nella vescica, di quelli esistenti all'ingiro della vulva e nelle porzioni ancora risparmiate della medesima, nonchè dei nodi esistenti nelle ghiandole linfatiche raccolte;

per cui posso dire che questa donna morì per tubercolosi diffusa.

Tutta la questione però non stà nella determinazione della causa immediata della morte di costei, che è abbastanza ovvia, ma piuttosto nel nesso genetico dei singoli guasti che in essa si succedettero nel decorso di lunghi anni, che non le furono in verità poco penosi.

E qui debbo alquanto retrocedere. Quando fu visitata per la prima volta dal Cav. Vigo, non fu tosto giudicata in modo preciso, perchè l'aspetto che presentava la sua vulva non lasciava che con certezza si potesse dire trattarsi piuttosto di un Lupus che di un epitelioma; e si fu allora che io fui invitato ad esportar via un pezzetto del male per esaminarlo, alla quale operazione lievissima l'ammalata si decise molto a malincuore.

Dallo studio di questo piccolo pezzo superficiale io credetti essere questa donna affetta da epitelioma della vulva; e le preparazioni che mi fu dato eseguire avevano un'apparenza così bene caratterizzata, che non mi passò neppur pel capo il dubbio sulla esistenza del Lupus, quantunque la lunga durata della malattia potesse appieno giustificarmi in caso di apprezzamento contrario.

Ma questa mia diagnosi non fu completamente esatta; e se ne capisce lo sbaglio, quando si pensi alla lieve porzione sulla quale fui costretto rivolgere le mie indagini, nonchè alla possibile coesistenza nella stessa regione del Lupus e dell'epitelioma, od alla sostituzione di questo a quello; poichè qui appunto io

mi trovava in faccia ad un caso in cui l'epitelioma esisteva contemporaneamente al lupus, il quale in molte località aveva per così dire dovuto retrocedere, compresso per ogni dove dai zaffi epiteliali ognora crescenti.

Non era però un caso di vero Lupus quello che io avrei dovuto al primo esame diagnosticare, bensì un caso di tubercolosi dei più manifesti, od altrimenti, di pseudo Lupus. Difatti nelle sezioni che eseguii sui nodi ulcerati che si trovavano sulla faccia esterna delle grandi labbra, presso la piegatura interna delle coscie, ed in altre sezioni ancora fatte in corrispondenza dei margini non gangrenati della estesa ulcera vulvare, insieme alla neoformazione epiteliale a zaffi non ancor tanto affondati si vedono parecchi noduli tubercolari completi nello spessore del connettivo sottoposto e frammisto ai zaffi stessi, dei quali noduli alcuni sono composti di elementi che già hanno subìto la degenerazione granulare, e che stanno perciò assumendo i caratteri che hanno nei nodi caseosi.

Ed eccoci perciò in presenza di uno di quei certi Lupi che sono capaci per se stessi di condurre l'individuo a morte, perchè in essi vi ha un principio infettivo (quello che per ora si può dire *virus tubercolare*), il quale si propaga col tempo alle ghiandole linfatiche vicine, per scoppiare poscia contemporaneamente o successivamente nei diversi visceri più importanti alla vita.

L'epitelioma in questo caso non si deve considerare che come una complicanza locale, che non ebbe tempo a diffondersi, e che fu in massima parte distrutta dalla

gangrena, quando già la tubercolosi aveva guadagnato terreno, e messasi al riparo da ogni compenso curativo, preparavasi per dare l'ultimo crollo all'organismo.

Ma, e il tubercolo come mai si svolse nella vulva? Nessuno può negare che l'affezione vulvare primitiva dovette essere sifilitica: ma nessuno può sapere se in quelle ulcere sifilitiche esistettero fin da principio i noduli tubercolari, se cioè contrasse costei contemporaneamente la sifilide e la tubercolosi da ulcere combinate.

Trascorrendo l'anamnesi si può credere che vi fosse in tal donna la predisposizione alla tubercolosi, perchè sofferse da bimba di adeniti cervicali suppurate, le quali forse non erano che ghiandole scrofolose, che furono distrutte completamente, come del resto riusciva facile il giudicare dalle cicatrici residue. In tal caso il tessuto di granulazione destatosi per il processo sifilitico avrebbe potuto benissimo farsi matrice di tubercoli, (come spesso accade nelle piaghe da causa traumatica negli individui scrofolosi appunto) se pure la sifilide non preparò il terreno allo attecchimento del virus tubercolare nella località stessa della sua primitiva manifestazione.

Ad ogni modo è questo certamente un esempio, come dissi, di quelli che comprovano la verità del mio asserto, che cioè, *una volta stabilitosi per bene il processo tubercolare nelle manifestazioni sifilitiche, se non viene distrutto completamente, esso segue il suo cammino, ancora dopo che già si può ritenere che siano guariti gli accidenti sifilitici, ed uccide l'infermo per tubercolosi diffusa.*

In questa donna il tubercolo dalla vulva si diffuse per vicinanza alla vescica, e seguendo i vasi linfatici, corse alle ghiandole, quindi si sviluppò negli altri visceri, intestini, rene e polmoni. Ed in questi ultimi comparve sotto la forma della tubercolosi migliare acuta, quando già erano alquanto raggrinzati ed indurati per un processo di pneumonite diffusa, prevalentemente interstiziale che, come manifestazione sifilitica costituzionale, erasi sicuramente svolta molto tempo prima della sua entrata nell' Ospedale, e che dovette avere un decorso cronico, simile a quello che preparò il fegato granuloso, l'inspessimento della capsula della milza con strangolamento della medesima, l'induramento dei reni, ecc.

V.

Nel caso che ho così terminato di riferire, i tubercoli non abbandonarono mai la parte primitiva affetta, la quale cioè non guarì mai completamente, ed al certo in causa di una cura, da principio, non abbastanza energica.

Ma i tubercoli possono scomparire per distruzione artificiale fatta dal medico, dalle regioni esterne (pelle e mucose) o per esportazione completa della parte inferma; e, ciò non ostante, l'individuo può in seguito morire per tubercolosi dei suoi visceri, in un tempo più o meno discosto dalla prima comparsa della le-

sione locale, sia questa primitivamente d'origine tubercolare, o sifilitica, o combinata. E ne sia prova il fatto seguente:

Colliard Battista, d'anni 29, entrava nell'Ospedale di S. Luigi il mese di novembre del 1871 per *Lupus* al naso non molto avanzato nei suoi progressi distruttivi locali, quantunque datasse già da alcuni anni. Era però congiunto a tumefazione indolente delle ghiandole linfatiche sotto-mascellari, con induramento, per cui poca speranza di guarigione si poteva avere, perchè la detta tumefazione non era limitata soltanto a ghiandole esportabili, ma estesa anche ad alcune delle profonde. Ad ogni modo si tentò la cicatrizzazione dell'ulcera, prima coll'uso dei bagni locali d'acqua marina *polverizzata,* e poscia distruggendone gradatamente, col caustico, il fondo ed i margini; ciò che si ottenne in otto mesi di cura, durante i quali l'infermo prese olio di fegato di merluzzo, ioduro di potassio, coadiuvati da un vitto ricostituente ordinato.

Non uscì però dall'Ospedale, ma vi fece servizio in qualità di infermiere, anche per ciò che si desiderava fosse tenuto in osservazione, vista la persistenza del *turgore* delle ghiandole sopradette e delle cervicali, non ostante la completa guarigione del naso, che aveva dovuto di necessità riuscire alquanto deforme.

Passò alcuni anni senza presentare mai verun segno di recidiva locale della sua malattia, e neppure alcunchè di ragguardevole sul conto della sua salute generale, non ostante le ghiandole affette. Ma nell'inverno del 1875 incominciò a tossire, e dovette nel

giugno dello stesso anno abbandonare il servizio, per occupare di nuovo un letto quale infermo di bronchio-pneumonite lenta, con sospetto di tubercolosi polmonale, limitata agli apici dei due polmoni. Morì il 10 novembre scorso in seguito ai progressi della sua affezione polmonale, che fu compagna negli ultimi tempi ad una diarrea ostinata. E l'autopsia, da me eseguita in presenza di alcuni miei colleghi e di allievi dell'Ospedale, diede i seguenti risultati:

Nessun segno di affezione alla pelle ed alla mucosa del naso, il quale è deformato dal male sofferto e dalle cicatrici consecutive.

Nulla di notevole nella cavità craniana.

Le ghiandole linfatiche sottomascellari e cervicali, superficiali e profonde d'ambo i lati si trovano molto tumefatte e quasi tutte caseose.

La tumefazione è decrescente dalle regioni superiori alle inferiori, dalla parte superficiale verso la profonda, tantochè in basso ed all'intorno della trachea si trovano ghiandole piccine, che, spaccate, si presentano alla superficie del taglio di colore rossastro tanto alla corteccia che al centro.

Un po' più in basso però trovansi altre ghiandole più grosse con nodi caseosi, specialmente al punto della biforcazione dei bronchi ed all'ilo dei due polmoni, dove per di più sono molto cariche di pigmento.

Pericardio e cuore. Nulla d'interessante.

Laringe. Mucosa alquanto tumefatta. Sulle corde vocali inferiori si notano striscie tendinee da pregresse ulcerazioni. Mucosa tracheale un po' arrossata e tumida, spalmata di catarro.

Polmone destro. Aderenze pleurali fittissime, nodi caseosi, caverne molteplici dall'apice fino alla base con una infinità di nodi migliari biancastri.

Polmone sinistro. Aderenze pleurali all'apice molto forti. Sulla pleura viscerale, e nei tratti vicini alle aderenze, si notano molti nodi caseosi ed alcuni piccoli nodi bianco-cinerei migliariformi. In corrispondenza dell'apice polmonale esistono alcune caverne, delle quali una è capace di una piccola noce ed ha pareti irregolari; al disotto di essa ve ne ha un'altra più piccola, e in massima parte bronchiettasica.

Del resto, quest'apice polmonale, all'infuori di queste caverne e di alcuni nodi caseosi, si trova sclerosato e gremito di piccoli focolai migliariformi. Sulla mucosa dei bronchi tanto di medio che di piccolo calibro, che appaiono sezionati secondo il loro decorso longitudinale, si notano piccoli nodi biancastri migliari. Focolai migliariformi con disposizione lobulare si rinvengono in tutto il rimanente del polmone, eccetto verso la base, dove vi ha però un po' di edema.

La *pleura costale* corrispondente dell'apice polmonale, fatta astrazione delle aderenze, si trova inspessata.

Fegato. Grasso.

Milza. Nulla di notevole.

Reni. Discreto grado di congestione uniforme, tanto a destra che a sinistra.

Ventricolo. Mucosa molto tumefatta, spalmata di catarro.

Le vene, quelle specialmente del basso fondo, sono molto dilatate e piene di sangue.

Nell'ultima porzione dell'intestino tenue esistono nodi sparsi sulla mucosa, grossi un po' più di teste di spillo ordinario: sulla valvola ileo-cecale, nel ceco e nel colon, ulcere molto estese con nodi in parte caseosi, in parte bianco-grigiastri migliariformi. Le ghiandole mesenteriche sono alquanto tumefatte ma non caseose, ed alla superficie del taglio hanno un colore bianco-cinereo splendente. Delle ghiandole prelombari, le celiache, sono molto tumefatte, e quasi completamente caseose.

Peritoneo. Nulla d'interessante.

Vescica. Sana.

Ghiande. Sulla sua superficie si trovano alcuni piccoli nodi biancastri.

Testicoli e dipendenze, offrono nulla d'interessante.

L'esame istologico dei diversi pezzi tolti da questa autopsia mi assicurò dei seguenti fatti:

1° Che realmente nella pelle e nella mucosa del naso non era più in corso alcun processo morboso; che tutto si riduceva ad un tessuto di cicatrice più o meno stipato, il quale testimoniava intiera la alterazione pregressa.

2° Che le ghiandole linfatiche erano state ridotte ad ammassi caseosi nella più parte di loro, dalla diffusione in esse del principio infettivo tubercolare, perchè attorno agli ammassi stessi si trovavano tubercoli, e perchè questi formavano la parte essenziale dell'alterazione nelle ghiandole più piccole e non ancora ingiallite.

3° Che la pleura costale e viscerale di destra conteneva tubercoli, come pure la viscerale di sinistra.

4° Che in entrambi i polmoni esistevano tubercoli ben caratterizzati, misti ai diversi esiti della pneumonite diffusa cronica, massime a destra, dove la pneumonite compagna alla tubercolosi era e catarrale ed interstiziale avanzatissima, fors'anco senza alcuna prevalenza da parte di questa o di quella, ad eccezione dei punti più sclerosati.

5° Che nello spessore della mucosa di alcuni bronchi soltanto, e non in quella della trachea e della laringe, esistevano tubercoli.

6° Che tubercolare era l'affezione delle ghiandole linfatiche peribronchiali e celiache, come pure quella dell'intestino.

7° Che i nodi del ghiande non avevano del tubercolare alcunchè di caratteristico, essendo costituiti da cellule connettive giovani ed adulte comprese in mezzo a fasci fibrillari discretamente stipati.

Il che tutto ben considerato prova fino all'evidenza che i tubercoli possono venir distrutti dalla località della loro primitiva comparsa, e, ciò non ostante, l'individuo può morire di tubercolosi diffusa, precisamente come ho detto più sopra, ed in un tempo più o meno lungo.

In questo caso difatti si aveva una tubercolosi alla pelle del naso, che potè essere consumata col caustico intieramente; ma che, per essersi prima diffusa alle ghiandole linfatiche, seguì il suo cammino micidiale, arrivando ai polmoni ed alle intestina. Si ebbe cioè da principio una tubercolosi *primitiva* o *locale* intesa

nel senso di Rindfleisch (1), la quale diede nascita ad una tubercolosi ghiandolare o *secondaria* e quindi ad una tubercolosi *terziaria* o *viscerale interna*, e che avrebbe sicuramente risparmiata la vita all'infermo se fosse stata esportata o consunta per intiero in un tempo in cui le ghiandole linfatiche non avessero avuto ancora nel loro seno il principio infettivo, oppure se le ghiandole infette fossero state tutte esportabili, e l'ammalato fosse quindi stato sottoposto alla operazione; sulla qual cosa insisto anche perchè, avendo io esportato a due conigli, operati alla coscia di tubercolosi nel 1875, insieme ai nodi cutanei le ghiandole linfatiche inguino-crurali palpabili, dopo pochi giorni dalla praticata operazione, in essi non si svolse la tubercolosi, a differenza di ciò che avvenne in un altro coniglio lasciato in balìa del male che io stesso medesimamente gli avevo procurato.

Ora se ci immaginiamo che l'individuo oggetto di questa osservazione avesse sofferto la sifilide, e che il suo pseudo Lupo al naso (2) fosse stato perciò da

(1) Ziemssen' s Handbuch der Speciellen Pathologie und Therapie, vol. V. (Chronische und acute Tuberkulose). Lipsia, 1874. — Bozzolo, *Osservazione di un caso di Tubercolosi articolare spenta* (*Annali universali di medicina e chirurgia*, Milano, 1875). — Colomiatti, *La Tubercolosi nel Nervo Frenico sinistro* (*Giornale della R. Accademia di medicina* di Torino, 30 maggio 1875).

(2) Doveva essere certamente un pseudo Lupo fin dal suo principio, cioè una tubercolosi cutanea, non una affezione sifilitica genuina; e difatti risulta dalla storia anamnestica (che non ho voluto trascrivere per intiero) che le applicazioni di unguento mercuriale che usò lungamente a casa sua prima che entrasse nell'ospedale, non solo non valsero a guarirlo, ma non impedirono, come pur troppo si osserva in questi casi, neanco la diffusione del principio infettivo alle ghiandole linfatiche, le quali, come dissi più sopra, erano già affette quando noi ebbimo occasione di vederlo per la prima volta nel novembre del 1871.

ascriversi a questa e non ad altra infezione, vale a dire che le ulcere, le quali, terminata la cura, finirono col distruggergli le pinne nasali, non avessero riconosciuta in principio della loro esistenza altra causa che la sifilide stessa, e quindi all'esame istologico non fossero state distinguibili in tale periodo dalle ulcere infiammatorie semplici, noi avremmo avuto in seguito, in simil caso, una affezione combinata ulcerativa sifilitica e tubercolare ad un tempo, che, guarita localmente nel modo il più perfetto che mai, decorse ciò non ostante con esito infausto, non quale affezione sifilitica costituzionale, ma quale tubercolosi genuina. Ci saremmo trovati cioè in presenza di un caso simile a quello che ho riferito più sopra di sifilide alla vulva con tubercolosi, con questa diversità però che qui la vulva non potè mai essere guarita, perchè non abbastanza ben curata, non dico quando entrò nell'ospedale, bensì fin da principio, come ho già scritto più sopra, essendo io persuaso che se la si fosse ridotta anche alla completa cicatrizzazione nell'epoca, nella quale fu sotto la cura del Cav. Genovesio, nulla si sarebbe al certo ottenuto di buono relativamente alla salvezza della vita, per ciò che allora la tubercolosi non doveva più essere solamente localizzata alla vulva, e perciò non più primaria nel senso di Rindfleisch.

E qui vi ha una riflessione a farsi. Il Colliard morì più rapidamente che la Pozzi, la quale durò colla sua malattia lunghissimi anni. Non è egli quindi il caso di dire che nel primo la tubercolosi potè forse essere solo rallentata nel suo corso mediante la cura, mentre che nella seconda si ottenne certamente di più, cioè

si *assopirono* i tubercoli a certe epoche per riaccendersi in altre, e quindi per irrompere in appresso in un modo esteso e micidiale? Quest'ultimo è difatti uno dei caratteri del tubercolo stesso, specialmente quando nei suoi primordii si manifesta in parti non essenziali alla vita; ed un simile carattere ci appare abbastanza chiaro in quel caso di tubercolosi articolare che Bozzolo volle descrivere colla denominazione di tubercolosi spenta (1).

Che poi l'affezione vulvare della Pozzi fosse combinata fin da principio, od anche già tubercolare per lo meno fin dall'età dei dodici anni (2), è abbastanza provato eziandio da ciò che i mercuriali usati a più riprese non la guarirono mai; la qual cosa non sarebbe avvenuta in caso contrario (cioè di sifilide genuina), almeno stando a quanto l'ordinaria clinica sifilopatica ci insegna.

Il fatto della guarigione locale della tubercolosi (tralascio di parlare per ora del Lichen sifilitico (3) di Griffini) e ciò non ostante quello ancora della morte degli individui affetti dalla medesima, sono sicuramente di tanta importanza che non potranno essere al certo tralasciati nello studio della genesi della tubercolosi polmonale, ed in genere della viscerale diffusa.

Oso dire di più: il fatto della esistenza della sifilide

(1) *Annali Universali di Medicina e Chirurgia*, Milano 1875, vol. 231.

(2) Notisi che risulta da risposte date dall'ammalata, dietro interrogazioni ripetute, durante l'ultima cura, che è molto probabile che dall'epoca del sofferto stupro non fosse mai guarita completamente.

(3) *La tubercolosi della pelle e delle piaghe* (*Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle*. Milano, 1874).

combinata alla tubercolosi con limitazione di quest'ultima ai punti di alterazione sifilitica, e quello della possibile guarigione locale dell'intiera malattia, col successivo progresso della infezione tubercolare che uccide l'infermo in un tempo più o meno lungo, mi fanno animo a formolare la seguente domanda: non possono cioè molte tisi tubercolari polmonali essere dipendenti dalla sifilide, o combinata fin da principio alla tubercolosi, oppure resasi tale dopo aver preparato il terreno adatto allo attecchimento del virus tubercolare, od anche dopo aver prodotto un tessuto di granulazione matrice di tubercoli in individui predisposti?

È questa sicuramente una questione molto seria ed alla quale in modo positivo non si può forse ancora rispondere. È vero che possiamo dire che la sifilide predispone direttamente alla tubercolosi (ciò che ci è dimostrato dalla morte di giovani meretrici, appartenenti a famiglie, nelle quali la tubercolosi non domina gentilizia, e che non furono soggette a privazioni esaurienti); ma con questo non determiniamo ancora di una tale predisposizione il perchè, il quale, se in alcuni casi può ricercarsi nella natura doppia della infezione primitiva, come risulta dai fatti sopra esposti, è dubbio, ove non sia possibile sostenere che questa stessa infezione primitiva, come semplicemente sifilitica, ha una grande *affinità di combinazione* colla tubercolare.

Del resto, al momento, per conto mio, debbo essere abbastanza soddisfatto di avere potuto, col materiale che ebbi a mia disposizione, studiare:

1° La significazione che ha il nodulo tubercolare nelle manifestazioni sifilitiche;

2° Il concetto scientifico della tisi polmonale sifilitica semplice e della tisi polmonale combinata, sifilitica ad un tempo e tubercolare;

3° I termini precisi, entro i quali si deve ricercare l'importanza che ha la sifilide nella produzione della tisi tubercolare.

Vedrò intanto quale altro contributo potrò portare in avvenire per la soluzione dei dubbi che ho lasciato ancora.

Dall'Istit. Anatomico-patol. della R. Univ. di Torino, gennaio 1877.

SPIEGAZIONE DELLE FIGURE

FIG. 1ª.

Sezione verticale di un'ulcera sifilitica prepuziale, primitiva, indurata.

a) — Epidermide del bordo dell'ulcera.
b) — Infiltrazione di cellule semoventi fra le cellule epidermiche del margine dell'ulcera.
c) — Fondo dell'ulcera.
d) *e*) *f*) *g*) — Vasi sanguigni contenenti nel loro lume una sostanza granulosa alveolata con cellule semoventi (*f*) entro agli alveoli e globuli sanguigni rossi.
h) — Derma del bordo dell'ulcera, infiltrato di giovani cellule, ed avente i vasi dilatati.

FIG. 2ª.

Tessuto di granulazione con cellule giganti.

a)— Vaso sanguigno.
b) — Cellule semoventi.
c) — Globuli sanguigni rossi infiltrati fra le cellule semoventi.
d) — Cellula gigante. — Accanto ad essa si vedono cellule rotonde ed ovalari grosse, coi nuclei in via di divisione.

FIG. 3ª.

Sezione appartenente ad un polmone sifilitico (sclerosi grave).

a) — Alveoli polmonali, con cellule epiteliali tumefatte.
b) — Connettivo compatto inter-alveolare.
c) — Vaso sanguigno.
d) — Sito in cui il connettivo sclerosato mostra evidentissimi i canalicoli plasmatici di Recklinghausen con disposizione reticolata.
e) — Vasi sanguigni.
f)— Infundibolo polmonale deformato, e tappezzato dà cellule epiteliali tumefatte.
g) — Massa granulosa e grassa, nucleata, nella quale si distinguono ancora le linee di separazione delle diverse cellule degenerate che la produssero.
h) — Gruppo di cellule intra-infundibulari in via di degenerazione granulo-grassa.

Fig. 4ª.

Sezione appartenente ad un polmone affetto da pneumonite sifilitica, prevalentemente interstiziale, e caratterizzata da rigogliosa neoformazione cellulare.

a) — Alveolo polmonale. — Le cellule epiteliali, in via di degenerazione granulo-grassa, sono distaccate dalla parete alveolare.
b) — Connettivo giovane inter-alveolare, e perciò caratterizzato da una quantità di cellule rotonde piccole.
c) — Vaso sanguigno.
d) — Ammasso granuloso intra-alveolare.
e) — Connettivo fibrillare infiltrato di giovani cellule.
f) — Fibre elastiche.

Fig. 5ª.

Sezione di un nodo di pneumonite essenzialmente catarrale, tolto da un coniglio operato di sifilide.

a) — Alveolo polmonale occupato da cellule epiteliali, delle quali alcune sono in via di proliferazione, mentre una (la centrale) ha la apparenza delle giganti.
b) — Parete alveolare, tappezzata da cellule epiteliali tumefatte.
c) — Cellula gigante che sta aderente alla parete di un alveolo.

NB. Nella figura, per non far confusione, non furono disegnati i vasi. Le cellule poi aventi una leggiera tinta in matita oltre alle punteggiature, erano colorate in giallo più delle altre nelle preparazioni eseguite su pezzi indurati nel liquido del Müller e non trattate poscia col carmino.

TISI

Dott. C

Torino, Lit. Giordana e Salussolia